**Załącznik nr 2.6 do SWZ**

***Załącznik nr … do umowy***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet 6- Urządzenie do terapii impulsowego łagodzenia ostrego przewlekłego bólu (1 kpl.)** | | | |
| **Producent\*** | | |  |
| **Nazwa-model/typ\*** | | |  |
| **Kraj pochodzenia\*** | | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2025r.\*** | | |  |
| **Lp.** | **Minimalne parametry techniczno-funkcjonalne** | **Wartość wymagana** | **Parametry oferowane- opisać, podać zakresy**  (wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru) \* |
| 1 | Technologia: bioadapcyjna | TAK |  |
| 2 | Tryby pracy: elektroterapia (BAT) | TAK |  |
| 3 | Ilość wbudowanych programów: min 12 | TAK, podać |  |
| 4 | Ilość programów indywidualnych: min 3 | TAK, podać |  |
| 5 | Możliwość wymiany aplikatorów | TAK |  |
| 6 | Ilość dostępnych aplikatorów: min 6 | TAK, podać |  |
| 7 | Aplikacja zintegrowana z tabletem | TAK |  |
| 8 | Możliwość diagnostyki w czasie rzeczywistym w aplikacji | TAK |  |
| 9 | Możliwość uzyskania informacji o wybranej terapii we współpracy z asystentem AI | TAK |  |
| 10 | Asystent AI w języku polskim | TAK |  |
| 11 | Możliwość wyboru języka komunikacji z asystentem AI: min 5 | TAK, podać |  |
| 12 | Możliwość korzystania z gotowych procedur dostępnych w aplikacji | TAK |  |
| 13 | Możliwość tworzenia bazy danych pacjentów (dane pacjenta, parametry zabiegowe, opis procesu terapeutycznego tworzony przez operatora | TAK |  |
| 14 | Łączność bluetootch z tabletem | TAK |  |
| 15 | Zakres częstotliwości – 5-460 Hz | TAK, podać |  |
| 16 | Automatyczna adaptacja parametrów – na podstawie oporu tkanek | TAK |  |
| 17 | Rodzaj elektrody  - wysokoczuła elektroda sensoryczna | TAK |  |
| 18 | Wartość impulsu (mA)  <10 mA (rms) at 10 kOhm (zależna od tryb pracy) | TAK, podać |  |
| 19 | Max. Energia impulsu  <1 mJ/pulse at 10 kOhm | TAK, podać |  |
| 20 | Ustawienie poziomu energii  - Min w 100 krokach | TAK, podać |  |
| 21 | Wartość prądu/napięcia w trybie jonoforezy (prąd stały) Max. 1.2 mA at 10 kOhm/Umax<= 12.5 V | TAK, podać |  |
| 22 | Ustawienie poziomu energii- jonoforezy  - w 100 krokach 0…1 mA  - w 50 krokach [20 µA/step]  - 1…10 mA w 50krokach [180 µA/step] | TAK, podać |  |
| 23 | Interfejs – intuicyjny panel sterowania | TAK |  |
| 24 | Ekran dotykowy | TAK |  |
| 25 | Wielkość ekranu dotykowego - min 2,4 cala | TAK, podać |  |
| 26 | Możliwość ładowania indukcyjnego | TAK |  |
| 27 | Zasilanie:- 5 V +/- 0.5 V | TAK, podać |  |
| 28 | Materiał obudowy- odporny na uszkodzenia, łatwy w dezynfekcji | TAK |  |
| 29 | Max. Prąd ładowania: 1200 mA | TAK, podać |  |
| 30 | Waga:Maks:230 g | TAK, podać |  |
| 31 | Klasa bezpieczeństwa IP 44 | TAK |  |
| 32 | Bateria LI-ION | TAK |  |
| **Pozostałe warunki dla wszystkich urządzeń** | | | |
| 33 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |
| 34 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |
| 35 | Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| 36 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**  Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

***Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi……………………………………...…….......***

*Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.*

*Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowanie, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.*

***\*uzupełnić***